

UNIVERSITE DE PARIS -- FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1934

THÈSE 1934

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-THÉODORE CALVET

Né à Nîmes, le 1^{er} Avril 1907

Un état précancéreux de la lèvre inférieure

La Cheïlite Glandulaire

(Maladie de Wolkmann-Bœlz)

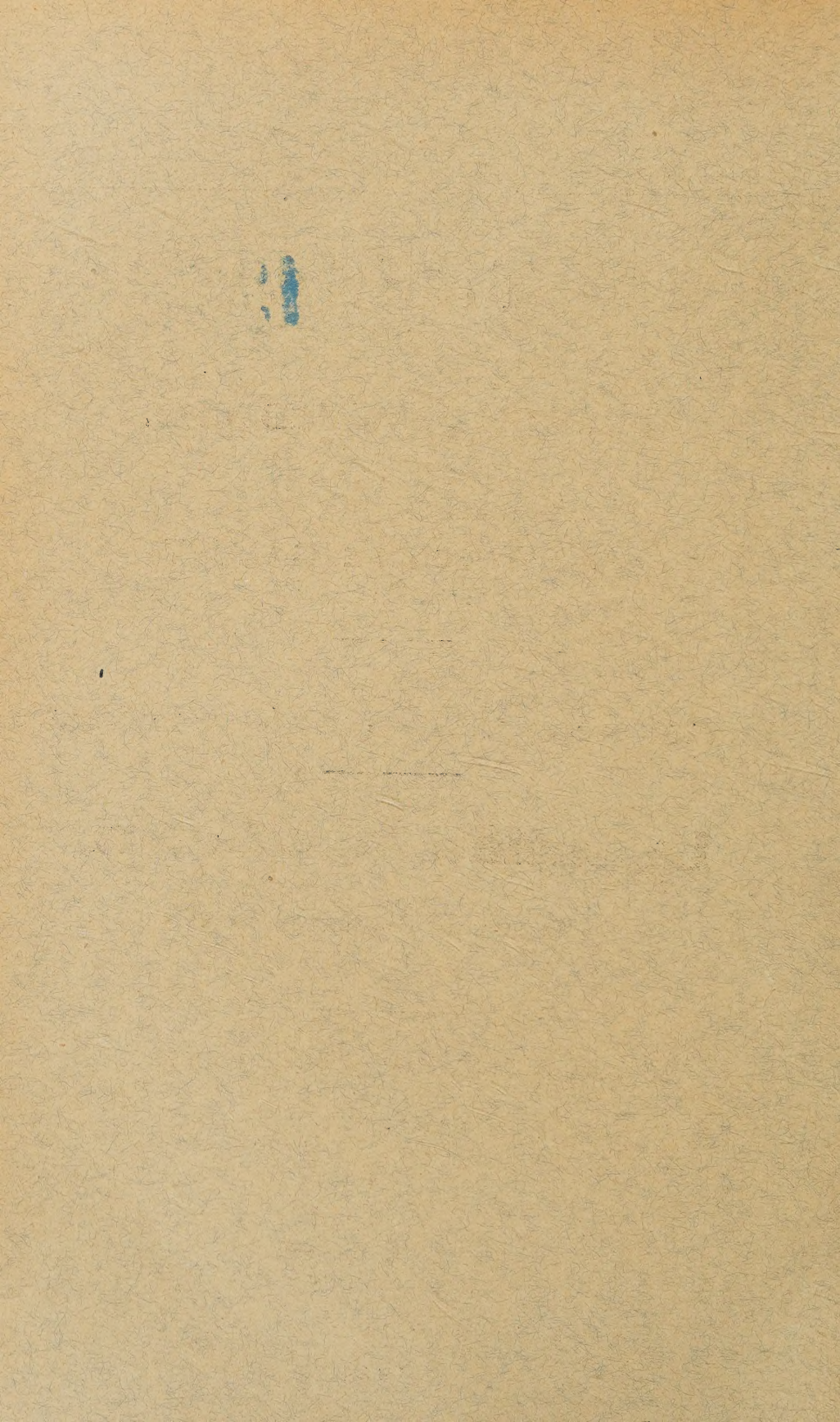
Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

LES PRESSES MODERNES

96, Galerie Beaujolais

PARIS

—
1934



ANNÉE 1934

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

JEAN-THÉODORE CALVET

Né à Nîmes, le 1^{er} Avril 1907

Un état précancéreux de la lèvre inférieure

La Cheïlite Glandulaire

(Maladie de Wolkmann-Bœlz)

Président de Thèse : M. le Professeur GOUGEROT

LES PRESSES MODERNES

96, Galerie Beaujolais

PARIS

1934

I. — PROFESSEURS

Le Doyen M. ROUSSY.

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale ..	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LÆPER.
Hygiène et Médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie ...	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	GOUGEROT.
	GUILLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNEO.
	GOSSET.
	LENORMANT.
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
	J.-L. FAURE.
	OMBREDANNE.
	RATHERY.
	LEMAITRE.
	Pierre DUVAL.
	SERGEANT.
	Léon BERNARD.
	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.
Professeur sans chaire	



II. — AGREGÉS EN EXERCICE

	MM.
Neurologie et Psychiatrie	ALAJOUANINE.
Pathologie médicale	BÉNARD Henri.
Pathologie médicale	BERNARD Etienne.
Pathologie médicale	BOULIN.
Pathologie chirurgicale	BROCQ.
Histologie	BULLIARD.
Pathologie médicale	CATHALA.
Pathologie médicale	CHABROL.
Pathologie médicale	CHEVALLIER.
Physique	DOGNON.
Pathologie médicale	DONZELOT.
Urologie	FEY.
Parasitologie	GALLIARD.
Bactériologie	GASTINEL.
Pathologie chirurgicale	GATELLIER.
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES.
Physiologie	GAYET.
Histologie	GIROUD.
Pathologie médicale	HAGUENAU.
Oto-rhino-laryngologie	HALPHEN.
Pharmacologie	HAZARD.
Anatomie Pathologique	HUGUENIN.
Hygiène	JOANNON.
Chimie biologique	LABBÉ (Henri).
Obstétrique	LACOMME.
Obstétrique	LANTUÉJOL.
Pathologie médicale	LAROCHE Guy.
Pathologie expérimentale	LEMAIRE.
Pathologie chirurgicale	LEVEUF.
Pharmacologie.....	Melle J. LÉVY.
Neurologie et Psychiatrie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie médicale	MOREAU.
Pathologie chirurgicale	MOULONGUET.
Pathologie médicale	MOUQUIN.
Anatomie pathologique	OBERLING.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS.
Médecine légale	PIÉDELIÈVRE.
Obstétrique	PORTES.
Pathologie chirurgicale	QUÉNU.
Physiologie	RICHET.
Chimie biologique	SANNIÉ.
Pathologie chirurgicale	SÈNÈQUE.
Dermatologie et syphiligraphie	SÉZARY.
Pathologie expérimentale.....	TROISIER.
Pathologie médicale	TURPIN.
Pathologie médicale	VALLÉRY-RADOT
	(Pasteur)
Ophtalmologie	VELTER.
Obstétrique	VIGNES.
Pathologie chirurgicale	WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

	MM.
Pathologie chirurgicale.....	ALGLAVE.
Pharmacologie	BUSQUET.
Physiologie	CHAILLEY-BERT.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Parasitologie	NEVEU-LEMAIRE.
Physique	ZIMMERN.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE (ANNEXE) A TITRE PERMANENT

MM		MM.	
ABRAMI.....	} Clinique médicale	BASSET.....	} Clinique chirurgicale
CHIRAY.....		HEITZ-BOYER	
DUVOIR.....		MOCQUOT	
	SCHWARTZ...		
MM.			
GUÉNIOT	} Clinique obstétricale		
LE LORIER.....			
LEVY-SOLAL.....			
METZGER.....			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique	CHAILLEY-BERT.
Stomatologie	FREY.
Radiologie clinique	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEILL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES BEAUX-PARENTS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GOUGÉROT

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Professeur de dermato-syphiligraphie
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu me faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MON MAITRE LE DOCTEUR TOURAINÉ

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

*Qui m'a guidé dans l'accomplissement
de ce travail, qu'il veuille bien
trouver ici l'expression de ma
profonde gratitude.*

AU DOCTEUR SOLENTE

Chef de Clinique à la Faculté

*Dont la science m'a été d'un grand
secours.*

A MES ANCIENS MAÎTRES

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARTMANN

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEREBoullet

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELBET

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHEVASSU

MONSIEUR LE DOCTEUR DUFOUR

MONSIEUR LE DOCTEUR BOPPE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROUGET

Introduction

Nous nous proposons d'étudier une affection rare de la lèvre inférieure qui est intéressante par son caractère d'état précancéreux, son apparition fréquente chez les syphilitiques, sa méconnaissance facile.

De plus, les communications et entretiens dont elle a été le sujet en font une question d'actualité. Nous nous bornerons à peu de chose près, à exposer l'état actuel de la question. Comme elle est assez ancienne nous donnerons l'ensemble de la littérature qui a été publiée. Grâce à l'obligeance et à la bienveillance de notre Maître le Docteur TOURAINE, ce travail nous a été grandement facilité. Nous rappelons enfin que deux publications françaises récentes ont mis à l'ordre du jour cette maladie par ailleurs peu connue chez nous.

Division

Dans un premier chapitre, le plus étendu et le plus important, nous donnerons la traduction et l'analyse détaillée des différents mémoires parus ; dans le second nous décrirons brièvement du point de vue symptomatique les lésions qui font notre objet, nous parlerons de l'histologie et des renseignements qu'elle donne, enfin nous signalerons le traitement.

CHAPITRE PREMIER

L'affection, sans doute à cause de sa rareté, est passée sous silence par les classiques, sauf par BROcq ; méconnue, elle n'en entraîne pas moins des conséquences graves, sa dégénérescence maligne est fréquente ; ce n'est d'ailleurs pas ce qui se dégage des premiers travaux sur la question. Telles sont les observations de Richard WOLCKMANN (de Halle) qui éveille l'attention en 1870 sur la maladie qui, plus tard, portera son nom.

WOLCKMANN a vu 5 cas d'une infection chronique spéciale de la lèvre inférieure, d'un caractère tout particulier, il n'a rien trouvé d'analogue dans la littérature ; tous ses malades étaient adultes, 3 d'entre eux étaient syphilitiques, les deux autres étaient indemnes de cette maladie. L'évolution a été identique dans tous les cas malgré l'activité différente : augmentation de la lèvre inférieure qui gonfle progressivement, devient douloureuse, ferme, donne « une expression grossière au visage ». La mobilité de la lèvre est compromise, la tuméfaction intéresse toute l'épaisseur et toute la largeur de celle-ci, elle confond à la fin la lèvre et le menton. Dans un cas la lèvre supérieure a été atteinte par l'intermédiaire des commissures. Dans tous les cas les glandes muqueuses étaient gonflées et il existait un érythème de la peau avoisinante. Le volume des glandes muqueuses était celui de grains de chènevis, ils étaient sen-

sibles sous la muqueuse qu'elles bosselaient, la lèvre éversée on découvrait les conduits dilatés ; certains d'entre eux étaient suffisamment volumineux pour admettre une petite sonde, *par pression on faisait sourdre un liquide muco-purulent*. Dans 3 cas il existait des abcès dont le point de départ était des glandes qui évoluaient ensuite en fistules très longues à guérir.

Il est à noter que dans toutes les observations décrites par WOLCKMANN, un catarrhe buco-pharyngé existait, le succès par traitement anti-syphilitique était nul, les moyens locaux peu efficaces si ce n'est l'iode qui était retenue par l'auteur.

WOLCKMANN estime que l'affection est due à une inflammation catarrhale des glandes labiales et propose le nom de « *Cheilitis Glandularis Apostémata* » ou de « *Myxadénite labiale* ». A son avis la syphilis ne joue aucun rôle direct dans l'étiologie. Probablement la cause doit être attribuée à la prédisposition catarrhale de la muqueuse du pharynx et de la bouche qui précède l'affection dans toutes ces observations. Tel est l'essentiel de la publication de WOLCKMANN ; il faut attendre ensuite jusqu'à 1890 pour qu'un nouvel article parle de la maladie.

UNNA en fait paraître un en 1890 : « *Monats Hefte von pratik dermatologi* 1890, XI, page 317 ».

D'abord il rappelle que le professeur BÄELZ (1) avait éveillé son attention il y a quelques années sur cette affection dont il a signalé la rareté et il présente deux observations :

(1) En raison du fait, les Allemands appellent souvent cette affection « *Maladie de Baelz* ».

1^{re} obs. — Maistre, verrier à Berlin, a présenté une tuméfaction de la lèvre inférieure, ensuite suppuration et formation de croûtes, enfin guérison apparente avec cicatrice. Les choses en étaient là lorsqu'on l'examine. A ce moment, l'épaississement notable de la muqueuse de la lèvre supérieure, qui était dure à la palpation, présente des fluctuations au point tuméfié. Croûtes épaisses dont l'ablation découvrait de petites tuméfactions, en partie superficielles, en partie profondes ; les glandes bucales, du larynx à la lèvre supérieure, n'étaient pas altérées ; sur la muqueuse de la lèvre inférieure, cicatrices blanches de forme aéroilaire à la base des tuméfactions antérieures. Très peu de troubles subjectifs, en outre glossite érosive du bord gauche et de la pointe, état très négligé de la bouche et des dents, syphilis acquise il y a 16 ans.

Ici, s'insère une discussion où UNNA exclut la tuberculose et syphilis primaire et secondaire (évolution chronique, pas de douleurs, guérison spontanée dès la première atteinte). Le diagnostic avec la syphilis tertiaire des glandes labiales lui apparaît plus difficile, il note l'échec du traitement spécifique ; le traitement appliqué est le suivant : hygiène buccale, badigeonnage à la teinture d'iode ; un mois après, amélioration. Cependant, quelques follicules pileux voisins avaient présenté une consistance verruqueuse et s'étaient recouverts de croûtes purulentes, il conclut ici à une affection non spécifique et autonome.

2^e obs. — Son deuxième cas intéresse une jeune fille de 16 ans. On avait pensé à un chancre de la lèvre infé-

rieure. Celle-ci était tuméfiée dans sa partie moyenne, un peu ectropiée, pas de douleurs à la palpation, sous la muqueuse éversée on sentait de chaque côté de la ligne médiane, une petite tumeur assez profonde, des ulcérations aux deux gros amas de glandes de la lèvre inférieure. Le diagnostic se posait bien plus avec la syphilis primaire qu'avec chancre mou ou ulcération folliculaire de la peau. Les lésions datent de plusieurs semaines sans tuméfaction ganglionnaire régionale. La muqueuse buccale était saine. Mais des traînées bleuâtres sur la face interne des deux joues témoignaient d'une hyperplasie assez importante des glandes buccales.

Comme dans les cas qui lui avaient été communiqués par BEALZ, il voyait cinq caractéristiques à cette affection spéciale :

1° Affection chronique évoluant avec une phase de suppuration puis cicatrisation apparente ;

2° Révélation par tuméfaction indolente et infiltration périglandulaire, accompagnée d'ulcérations ;

3° Pas de signes généraux ni de ganglions mentonniers ;

4° La base est une infection élective des glandules labiales, mais s'associant volontiers à un processus inflammatoire superficiel, rien de commun avec la syphilis ;

5° Le traitement spécifique local était la teinture d'iode.

Il termine en proposant de donner à cette affection le nom de *maladie de Baelz*. Ses observations jointes à celles de Wolckmann sont les observations princeps de

l'affection nouvelle qui portera plus tard le nom de *maladie de Wolckmann-Boelz*. Elles ont en effet ce caractère essentiel et commun d'être dues à une hyperplasie et une éterotopie des glandules labiales accessoires de la lèvre inférieure ; on distingue dès maintenant deux types cliniques, selon qu'il y a abcédation ou que le processus n'est pas infecté.

En 1893, H.-S. PURDON fait paraître dans le journal *The Britanic of Dermatology* (page 23) une étude serrée de 4 cas. Deux étaient des hommes, le quatrième une jeune femme de 23 ans. Le plus jeune avait 19 ans, le plus âgé 27 ans. Ce dernier fut tenu en observation 3 ans, l'affection était confinée à la lèvre inférieure et à sa ligne muqueuse, l'état général était bon. Aucune trace de syphilis en aucun cas, l'affection a commencé graduellement et s'étendait sur toute la surface de la lèvre. Chez le sujet le plus âgé, les deux lèvres furent prises. Des poussées pouvaient se produire dans l'évolution. La lèvre inférieure se gonflait avec un peu de douleurs, ferme ou plutôt dure. La mobilité était plus ou moins compromise.

Dans un cas, la peau du menton (aucun des malades n'avait la barbe) devint érythémateuse, les glandes muqueuses de la lèvre se gonflaient. Elles devenaient palpables en masse nodulaires, une sécrétion trouble et mucopurulente sortait de ces glandes dont certains conduits étaient dilatés. Il y avait sécrétion catarrhale de la bouche et des gencives.

Alors que WOLCKMANN avait mentionné la possibilité de fistules, H.-S. PURDON *n'en a jamais vue*. L'affection paraissait rebelle à tout remède, l'arsenic, le chlorate

de potasse, le tannin, l'iodoforme, la glycérine, le borax furent tentés en vain.

Dans un article du « *Bristich Médical Journal* » du 7 décembre 1895, W. ALLAM JAMIESON, spécialiste dermatologue de l'hôpital royal d'Edimbourg, essaie de faire un résumé d'ensemble des affections superficielles de la zone de Klein.

« Il est un peu singulier, dit-il, que les meilleurs traités de peau ne consacrent qu'une note restreinte aux affections de la portion rouge des lèvres. »

Il passe alors en revue, dans une première partie, l'Herpès péribucale, puis en second lieu, les fissures des lèvres, en rappelant que BESNIER, DOYON et W. DUBREUILH en ont décrit les observations princeps (W. DUBREUILH, du *Journal de Médecine* de Bordeaux, page 221, des *Annales de Dermato-syphiligraphie*, 3^e série, 1892).

Le second cas nous retiendra. Il s'agit d'une jeune femme anémique qui habitait le pays, elle avait un appétit assez bon et un certain degré de constipation, ses règles étaient irrégulières, l'affection dont elle se plaignait durait *depuis 7 ans*, les deux lèvres étaient couvertes de petites croûtes mélicériques, elles étaient volumineuses et devenaient douloureuses lorsqu'elles se trouvaient dans un endroit froid. Elles étaient très sensibles aux aliments chauds, qu'ils soient solides ou liquides.

A cette époque, il y avait une suppuration considérable et les lèvres étaient si raides qu'elles en étaient fixées.

La dernière observation que JAMIESON communiquait dans cet article est, de l'avis de tous, une cheïlite, quoi qu'il n'en ait pas fait le diagnostic :

Observ. — B. S....., âgé de 35 ans, juif, né en Pologne russe mais employé à Edimbourg comme tailleur, fut admis à consulter le 26 juin 1895. Quoique de complexion débile, il n'avait jamais été malade si ce n'est une crise hémorroïdaire six ans avant ; il n'y avait ni histoire ni suspicion de syphilis, sa famille était à ce qu'il disait saine, son père et sa mère étaient en pleine santé à 80 et à 65 ans. Il fut lui-même un grand fumeur de cigarettes jusqu'à ce que sa lèvre fut atteinte.

L'affection commença il y a trois ans, à droite, comparable à une tache squameuse, cela dura ainsi pendant deux ans puis cela s'étendit et la lèvre entière fut prise dans les 7 derniers mois.

La lèvre était augmentée du double de son volume normal et ectropiée ; le bord inférieur de la lèvre sur une largeur de 1/8 de pouce paraissait sain, ensuite il y avait une cicatrice blanche sur chaque côté de la lèvre jusqu'à la limite de la peau. La partie centrale était en partie rougeâtre et granuleuse, en partie recouverte de sales croûtes jaunes, en partie cicatrisées. La cicatrice était molle, blanche et sensible, la muqueuse intérieure montrait une pellicule blanchâtre au-dessus de la muqueuse rouge, devenant de plus en plus légère en approchant des gencives. Les gencives elles-mêmes et en particulier, leur prolongation interdentaire, étaient augmentées de volume et fongueuses, les dents inférieures étaient marron et incrustées de tartre, il ressentait une douleur lancinante qui alternait avec une sensation de brûlure. La surface saignait au moindre contact, le traitement consista à nettoyer la lèvre de ces croûtes à l'acide borique, ensuite elle fut cautérisée à l'eau contenant 50 %

d'acide lactique, l'acide avait été maintenu à demeure par un coton imbibé, on terminait en mettant un emplâtre au zinc-ichtyol. Ceci lui fit très mal mais l'aspect fut grandement amélioré ; ensuite on le garda comme malade externe et on lui apprit à protéger sa lèvre avec de l'emplâtre à l'acide salicylique. En octobre il ne restait guère de croûtes, la partie centrale avait un aspect rouge et granuleux, partout ailleurs l'épiderme était renouvelé et on pouvait le palper sans douleurs. Mais elle était encore assez volumineuse. Au moment de son admission, une biopsie avait été pratiquée et la parcelle placée dans un corrosif avait été confiée au Docteur LEITH qui nous fit le compte rendu suivant :

1° *L'épiderme*. — Il forme une couche ininterrompue et continue sur toute la surface :

a) La stratum cornéum était faiblement et irrégulièrement stratifiée.

b) Le stratum granulosum était presque normal.

c) La couche de Malpighi était bien développée, ses processus variaient en longueur et en largeur ; un grand nombre d'entre eux étaient rattachés à ses extrémités et à ses côtés. Un processus plus élané descendait plus profondément dans le derme.

Il y avait papillomatose.

Les cellules de la couche germinale montraient des séparations entre elles ; certaines étaient arrondies, oblongues, aplaties ou de forme irrégulière. Plus loin, la majorité des cellules étaient très volumineuses avec un noyau très grand contenant un ou deux larges mucoles. Les espaces lymphatiques entre les cellules

étaient très élargies et çà et là contenait quelques leucocytes.

2° *Le derme.* — Le derme était le siège d'une infiltration cellulaire due à une infiltration leucocytaire, les artères et les veines papillaires étaient de calibres normaux mais aucun nerf n'avait été dépisté ; il y avait enfin deux petits îlots dans la substance du derme contenant des cellules épithéliales semblant actives avec évidemment invasion venant dans le derme, *on retrouvait en plus de cela, des glandes labiales qui étaient entre l'épithelium et le muscle.*

Enfin JAMIESON joignait à son article un fort beau dessin en couleur, représentant le cas, ainsi que deux microphotographies.

En 1907, par le *British journal Of Dermatology*, MACLEOD fait paraître l'observation d'une jeune fille de 29 ans, qui présentait une augmentation de volume net de la lèvre inférieure.

La surface de la muqueuse était fissurée, les croûtes adhérentes. La bouche était en mauvais état, on percevait, mais difficilement, l'hypertrophie des glandes salivaires accessoires, par ailleurs le sujet anémique et peu robuste appartenait à une famille de tuberculeux.

Dans le *journal Of Cutaneous Disease*, SUTTON (R. L.) (premier assistant de dermatologie à University médical, collège Kansas City Missouri) fait une étude d'ensemble de la cheïlite et communique une fort belle observation.

WHG... homme de 30 ans, apprenti mécanicien, envoyé à moi par le Docteur HARMON T RHOADES de cette ville.

Histoire de la famille : le père, enfant d'une robuste famille de quatre fils, fermier dans les environs, mourut de troubles intestinaux en 1893, à 56 ans.

Bien avant sa mort, il souffrait d'une affection de la lèvre inférieure, semblable à celle qui touche actuellement son fils ; celle-ci l'importunait plus à certains moments qu'à d'autres, mais on ne pouvait incriminer aucune cause précise aux exacerbations.

Il n'était pas sujet aux maux de gorge, ni aux amygdalites, mais, aussi loin qu'il pouvait se souvenir, il se plaignait d'une sécrétion salivaire exagérée ; sa santé était excellente jusqu'en 1864 ; à partir de ce moment, il commença à souffrir de dysenterie chronique contractée aux armées, c'était un chiqueur et un fumeur invétéré, mais pas excessif.

La mère vivait en bon état et était âgée de 70 ans.

Il avait six sœurs, toutes mariées et ayant de beaux enfants.

Il avait un frère qui mourut enfant (diarrhée d'été).

Le sujet était marié depuis seize mois et avait un superbe enfant de six mois.

Histoire personnelle.

Le sujet est né en Indiana et habite Winfield (Kansas), il n'avait jamais eu de maladie vénérienne d'aucune sorte. Pas de maladie sérieuse, il ne buvait jamais de liqueurs, ni ne fumait.

Maladie actuelle : Quant il avait 8 ans environ, sa mère s'aperçut la première que sa lèvre inférieure était plus épaisse que la lèvre supérieure et que sa surface muqueuse était couverte d'un mucus clair et adhérent.

Un examen attentif montrait, deux ans après, que les

orifices folliculaires étaient dilatés. Il ne ressentit jamais de douleurs.

La lèvre supérieure, pas plus d'ailleurs que les commissures, ne furent atteintes ; *on ne nota jamais d'abcès*. A deux ou trois reprises, la sécrétion fut assez abondante et assez mucilagineuse pour que le malade se réveille avec les lèvres collées.

L'exposition au soleil ou au vent sec semblent être les circonstances les plus défavorables. L'irritation que provoquent ces facteurs s'étend à la peau adjacente, ceci provoque un érythème net accompagné de prurit, actuellement et de tout temps, autant que le malade peut s'en souvenir, existe une inflammation catarrhale buccopharyngée assez importante.

Examen. — Les amygdales sont normales mais un peu rouges. Le mucus qui s'écoule de la muqueuse buccopharyngée est plus abondant que normalement, sa composition est plus épaisse et plus visqueuse ; on ne trouve aucune plaque ni ulcération. Les dents sont en bon état, les glandes parotides et sous-maxillaires ne sont pas palpables, *il n'y a pas trace de ganglions*. Sur la muqueuse buccale, à une distance de 1 centimètre d'un côté et 2 de l'autre les deux commissures, une plaque ovale mesurant environ 5 cm² existe sur les deux faces de la lèvre, plaque de petites masses ressemblant à celles de la maladie de Fordyce, elles sont de couleur jaune et sans élévation. La lèvre supérieure est apparemment intacte, la lèvre inférieure est considérablement épaissie, plus raide et moins mobile que normalement. Les glandes muqueuses augmentées sont senties à travers la muqueuse, semblables à de petits paquets de grains de plomb, la lèvre est

quelque peu éversée comme si le sujet faisait la moue. La muqueuse couvrant la partie postérieure de la lèvre est bosselée, toute la surface est ponctuée des orifices agrandis des follicules glandulaires. On n'en compte 32 en tout, certains plus grands que d'autres, on ne distingue les plus petits qu'en regardant attentivement, les 12 plus gros admettent l'extrémité arrondie d'un stylet qui y descend d'un 1/2 centimètre. Il y a une surprenante absence de sensibilité à la manipulation. Le bord antérieur de la lèvre et la peau adjacente qui est imberbe est le siège d'un léger érythème mais sans prurit ni sensation quelconque.

Quand la lèvre est saisie entre les doigts et exprimée du contenu des glandes hypertrophiées, le mucus visqueux apparaît à l'orifice des conduits comme de petites gouttes de la valeur d'une tête d'épingle. L'autorisation de faire une biopsie a été énergiquement refusée.

Les rayons X constituent, à ce qu'il semble, le traitement idéal.

A l'heure actuelle, le sujet a reçu six séances de 4 minutes bi-hebdomadaires, avec des rayons mous. A 15 centimètres de distance et une très petite quantité de courant, j'essaie d'obtenir le maximum d'atrophie avec le minimum d'irritation, on peut constater une amélioration remarquable ; l'abondance de la sécrétion est diminuée, le patient se sent mieux que jamais. Les orifices glandulaires deviennent imperceptibles.

Le service de photographie de l'hôpital de Saint-Louis de Paris possède une remarquable photographie d'une cheilite glandulaire apostémateuse, diagnostiquée par le Docteur BROcq ; cette photo date du 31 mai 1917. Aucune

observation s'y rapportant n'a pu être trouvée, cependant une petite note est jointe, il s'agit d'une jeune femme fumeuse avec excès qui présente une leucoplasie assez nette. Nous joignons la photographie à notre thèse.

Avec LES AUTEURS DE LANGUES ESPAGNOLES, qui commencent à communiquer sur la question à partir de 1924, la question entre dans une nouvelle phase. Ces auteurs, en effet, ne craignent pas de considérer l'affection avant tout, comme un processus de néo-formation dont la base est l'adénome glandulaire. Aussi ne considèrent-ils la maladie de WOLCKMANN que comme une complication de BOELZ ; la Société de Dermatologie argentine entendit, en août 1924, une fort belle communication de PUENTE sur la cheilite glandulaire apostémateuse ; il s'agissait d'une femme de 40 ans dont les troubles remontaient à six mois. Elle eut alors une carie de l'incisive inférieure droite, puis apparut à la commissure droite une lésion érosive et douloureuse. La zone de transition de Klein pouvait se diviser en deux parties : une juxta-cutanée, blanchâtre, leucoplasiforme ; l'autre juxta-muqueuse, couverte d'une coiffe de croûtes séro-pyo-hématiques fissurées, irrégulières et douloureuses ; l'extraction provoqua d'abondantes hémorragies ; au-dessous d'elle, la muqueuse apparaissait en partie intacte mais fine, très mince et en partie érodée. On y distinguait facilement les orifices des glandules labiales atteignant parfois presque un millimètre de diamètre. Par compression apparaissaient en quantité, les perles transparentes et brillantes caractéristiques.

Des examens bactériologiques furent entrepris sans résultat, même l'inoculation à la cornée du lapin ne

donna rien. L'histologie montra dans ce cas un processus inflammatoire chronique très intense de la part de la muqueuse et de la sous-muqueuse. Il existait une hypertrophie considérable des glandules labiales avec grand développement des cellules muqueuses. Les conduits excréteurs étaient dilatés, entourés d'un anneau, de cellules rondes.

Devant le cercle Odontologique et l'Association Dentaire argentine fusionnés, le 12 novembre 1926, PUENTE et ADOLFO ACEVEDO, traitèrent de la cheïlite. Ils rappelèrent que SUTTON était le seul dans son traité qui mettait en relief les formes légères dont il disait avoir vu plus d'une douzaine de cas en 5 ans. Ils présentèrent une description qui était basée sur 9 cas pris au hasard, dans un groupe de 300 malades qui fréquentaient leur clinique dermato-syphiligraphique. La lésion se présente exclusivement à la lèvre inférieure, qui est légèrement hypertrophiée et projetée en avant. Dans la zone limitrophe de la pseudo-muqueuse (The Vermilion Part des Anglais ou la zone de transition de Klein des Français) avec la muqueuse labiale, on observe la présence de quelques points rouges de taille variable d'une pointe à une tête d'épingle irrégulièrement répartis.

En observant de plus près, on note qu'il s'agit en réalité de légères dépressions infundibuliformes, comme si elles correspondaient à un orifice et que quelquefois la muqueuse qui les entoure prend un aspect blanchâtre et hyalin, en forme de halo périphérique.

L'aspect, de même que le nombre et le siège des orifices, varient d'un jour à l'autre. En comprimant la lèvre avec les doigts on observe l'apparition de minuscules

perles ; bien plus muqueuses qu'aqueuses, transparentes comme de l'eau de roche, tandis que la surface de la lèvre devient tomateuse par hernie des glandules sous jacentes.

Cette manœuvre facilite la mise en évidence du processus dans les cas très atténués. L'anatomie pathologique montre deux faits fondamentaux :

1° La présence de glandules salivaires labiales dans la zone de Klein, celles-ci n'existent pas dans les lèvres normales qui n'en contiennent de bien développées qu'en regard de la muqueuse.

2° L'hypertrophie de ces glandules, à base surtout de cellules muqueuses et la dilatation parfois énorme avec épaissement des parois des tubes glandulaires dont quelques-uns sont entourés d'un processus d'inflammation chronique.

Notre recherche a été faite seulement chez des femmes adultes. Le sexe ne semble jouer aucun rôle (PURDON, Fox citent une majorité d'hommes). Les âges notés sont entre 20 et 57 ans. Il y avait une malade de 75 ans. Les malades ne peuvent déterminer le début mais ont toujours eu des lèvres délicates, se fendillant et s'ulcérant facilement. L'état des dents était bon dans 7 cas, bien calcifiées et sans carie. A un autre manquait quelques fragments dentaires. Le malade de 75 ans ne gardait que l'incisive latérale inférieure gauche, laquelle oscillait par pyorrhée.

En général, il existait une inflammation subaiguë buccale, l'hygiène buccale est souvent déficiente. Il existait un pyorrhée avancée dans deux cas, gingivite tartrique intense dans quatre cas, légère dans un cinquième cas.

Mais chez d'autres malades, les dents et la muqueuse gingivo-buccale étaient parfaitement saines. Chez la plupart des malades, la peau était sèche, jaunâtre, de faible élasticité et à rides précoces. Le type de kératose sénile avec plaque d'atrophie s'y notait facilement.

Dans un des cas existait un épithélioma-baso cellulaire. L'état général était bon chez tous, pas de syphilis ni d'adénopathie pathologique notable. Il faut insister sur le fait que relativement à leur nationalité (les neuf malades étaient Espagnols, parmi lesquels six Galiciennes, une Asturienne, une autre de Salamanque et une autre de Grenade). Néanmoins, aucune conclusion n'était encore possible au point de vue des prédominances raciales.

Cette communication fut connue de BEJARANO, qui dans les *Actas dermo sifilograficas*, XXI, 1928/1929, pages 245 à 249, en parle : voici ce qu'il dit :

La cheïlite glandulaire simple sert de base parfois à un processus chronique inflammatoire de la lèvre, c'est là une cheïlite glandulaire apostémateuse. Alors toute la lèvre inférieure se tuméfie et se recouvre de croûtes qui se renouvellent sans cesse. Sur huit cas de cheïlite glandulaire simple que j'ai observés, tous chez des sujets de sexe masculin, j'ai rencontré chez deux, des épithélioma de la lèvre inférieure. Dans le matériel de PUENTE et ACEVEDO, ces auteurs ont vu aussi l'affection coïncider avec un épithélioma baso-cellulaire, dont ils ne précisent pas le siège. Il est difficile, vu le petit nombre de cas, de dire si la cheïlite est une vraie affection précancéreuse, de ce fait la thérapeutique de la cheïlite prendrait un intérêt réel. Tout ce que BEJARANO peut en dire est

que dans un de ces cas, la radiothérapie a fait disparaître la cheïlite. BEJARANO conseille donc ce traitement à titre préventif du cancer. Quant à la forme apostéma-teuse, BEJARANO ne se souvient pas de l'avoir vue, mais il croit qu'une révision est à faire et que dans ce domaine maints épithéliomas sur cheïlite passent inaperçus à la faveur de diagnostics erronés. Notamment, il joint à cette description trois photographies en noir : l'une représente l'aspect de la cheïlite simple, la deuxième et la troisième sont des microphotographies, dont l'une met en évidence l'hétérotopie et l'hypertrophie des glandules salivaires ; l'autre, l'hypertrophie des canalicules salivaires.

J'ouvre ici une parenthèse pour parler des deux faits que relate ZINSSER dans *Jodas* page 91, 14^e livre, première partie.

D'abord : 1° Une observation de SOLGER, datant de 1915 et qui présente cette particularité que la cheïlite était provoquée par le jeu de la trompette.

2° Une seconde de HECHT. Il décrit un cas congénital de l'affection.

En 1930, au congrès international de dermathologie et de syphiligraphie, qui se tint à Copenhague du 5 au 9 août, COVISA, BEJARANO et GAY PRIETO relatèrent l'observation de cheïlite que voici : Francesco, campagnard de la province de Madrid, âgé de 35 ans, prétend avoir toujours eu une bonne santé. Il n'a pas eu la syphilis, ni aucune autre maladie vénérienne.

L'affection actuelle a commencé il y a environ trois ans, par l'existence de croûtes, au commencement nettement séparées les unes des autres, rebelles à toutes sortes

de traitements locaux, localisées sur le tiers moyen de la lèvre inférieure. Ces croûtes ne pouvaient être séparées qu'avec une grande difficulté, mais elles récidivaient toujours, chaque fois plus étendues et arrivaient au bout de quelque temps à être confluentes.

Au moment de l'observation (II-XII-1929) toute la lèvre inférieure du malade était gonflée et projetée en avant. Le tiers moyen était couvert d'une croûte épaisse, très adhérente, qu'on ne pouvait soulever que difficilement et occasionnait de vives souffrances à notre malade et une hémorragie légère. Après avoir soulevé la croûte, on voyait la semi-muqueuse de la lèvre criblée de petits orifices rouges, par lesquels sortaient de petites gouttelettes de salives. Au toucher, la lésion était nettement infiltrée ; il n'y avait pas de ganglions sous-maxillaires ; l'état général du malade était bon.

En présence d'une telle lésion (dont le compte rendu du Docteur SEVEND LOMHOLT donne une photographie), on n'hésite pas à établir le diagnostic d'épithélioma sur cheïlite glandulaire simplex. Une biopsie est faite sur place, et à notre grande surprise, on voit une lésion que nous n'avions jamais rencontrée jusqu'alors, mais qui n'était sûrement pas un épithélioma. Pour mieux étudier le cas, on fait l'extirpation totale de la lésion (Professeur CARDENAL). L'opération cicatrise parfaitement au bout de six jours ; le malade, sept mois après son opération, est bien portant et n'a plus aucune souffrance.

La pièce opératoire est divisée en deux portions : la première est fixée au formol à 10 %, coupée au microtome de congélation et les coupes colorées avec les méthodes de RIS-ORTEGA, au carbonate d'argent. L'autre

moitié est fixée au Bouin, inclus dans la paraffine, les coupes en séries sont colorées à l'hémalum-éosine.

Nos préparations étudiées en petits agrandissements (le texte en comporte une photographie) montre l'existence de glandules salivaires hétérotopiques, riches en cellules muqueuses, légèrement hypertrophiées, situées au milieu d'un derme presque normal. Sur ces glandes, mais clairement séparées par une bande de tissu conjonctif fibreux, existent des bourgeons épithélio-hypertrophiques couverts de croûtes épaisses et très adhérentes.

Nous n'insisterons plus sur le caractère des glandes salivaires hétérotopique. Seulement nous voulons remarquer que jamais dans les coupes en série nous n'avons vu la moindre trace d'inflammation autour de ces glandes, ni la moindre relation entre elles, ni de prolifération épithéliale de la semi-muqueuse. Les conduits sécréteurs de ces glandes légèrement dilatés sont parfois visibles au milieu de bourgeons épithéliaux que nous allons étudier. La prolifération de la semi-muqueuse rappelle beaucoup par son aspect, la structure d'un papillome. Les bourgeons épythéliaux sont toujours correctement délimités par une couche basale nettement dessinée ; entre eux on voit des papilles très allongées, ces papilles et le derme placé immédiatement au-dessous sont le siège d'une légère infiltration de cellules rondes (lymphocytes et plasmocytes).

Nulle part on ne trouve dans cette hyperplasie épithéliale la moindre altération cellulaire qui permette un soupçon de dégénérescence maligne. Au centre des bourgeons (fig. 5) on voit quelques cellules, à grand noyau,

légèrement œdémateuses ; il s'agit, à notre avis, d'altérations dues aux mauvaises conditions de nutrition de ces cellules placées trop profondément dans les bourgeons et pourtant assez éloignées des vaisseaux des papilles. Au sommet des papilles on voit des cellules dyskératosiques, qui sont aussi presque la règle dans ces néoformations bénignes. La croûte qui recouvre cette acanthome, est formée de cellules épithéliales desquamées, de leucocytes et de fibrine.

Les observations que l'on vient de lire jusqu'ici sont, comme on le voit, en majorité des observations étrangères (à part celles de BROCC, de 1917). Dans ces derniers temps, à la polyclinique Alibert, le Docteur TOURAINE a eu l'occasion de voir deux cas de cheilite dont il a donné communication à la Société Française Dermatologique-syphiligraphie, le 12 juin 1933 et le 8 février 1934.

Ces deux observations suivent :

M. M... Eugène, âgé de 62 ans, se présente à nous en novembre dernier pour une lésion de la partie moyenne de la lèvre inférieure. Celle-ci apparaissait tuméfiée et recouverte sur son bord rouge de croûtes mellicériques semblables à celles de l'impetigo.

Le traitement délivre promptement le malade de ses croûtes et nous le revoyons quelques jours plus tard. La tuméfaction était alors à peu près réduite. A la palpation nous pûmes apercevoir à la partie moyenne de la lèvre, au-dessous de la semi-muqueuse, trois petites nodosités bien limitées vers la profondeur, la plus grosse de la taille d'un haricot allongé parallèlement à la surface, les deux autres très rapprochées de la première, de la taille d'une petite lentille.

La pression de ces nodosités les montrait assez dures et de plus, faisant sourdre quelques minuscules gouttelettes d'un liquide limpide. Celui-ci suintait alors par 3 ou 4 pertuis minimes, infundibuliforme, et cerclés d'une petite auréole blanchâtre, leucoplasique, de la taille d'une tête d'épingle. Ils siégeaient sur la semi-muqueuse, à la limite de la muqueuse. Les parties environnantes étaient indemnes de leucoplasie. Le cas présent est en somme superposable à ceux déjà publiés, et où la pression des glandules salivaires hypertrophiées faisait suinter, par leur canalicule excréteur, une perle de salive claire et muqueuse.

L'état actuel a débuté six mois auparavant. La première de la taille d'abord d'un grain de chènevis, apparut alors et s'accrut progressivement, bientôt suivie d'érosions labiales adjacentes. Rien dans les antécédents du malade n'explique une telle affection. Marié, père de 6 enfants sains, il ne souffre d'aucune maladie, en particulier d'aucune syphilis connue, et son Wassermann est négatif.

Histologie : nombreux globules cornés parakératosiques, boyaux cancéreux compacts avec nombreuses monstruosité et carvokinèses atypiques.

Stroma infiltré de cellules rondes, la muqueuse est nettement leucoplasique en certains points avec épaissement, invasion dans le stroma de prolongement dont certains sont déjà dégénérés, édification d'un stratum granulosum et d'un stratum cornéum.

Un fait est assez particulier : en certains points existent, soit des tubes tapissés d'un épithélium cubique et déjà monstrueux et pluri stratifié, soit déjà des boyaux

pleins. En suivant les coupes, on se rend compte de la continuité des éléments épithéliomateux, boyaux et globes cornés avec ces tubes comme avec la surface.

Tout se passe comme si le début avait eu lieu à partir de l'abouchement des canalicules glandulaires, abouchement dont nous avons noté l'aspect leucoplasique.

Obs. II. — F... Urbain, 67 ans, né dans la Hte-Garonne, se présente à nous parce que, depuis environ juin 1931, apparut sur la lèvre inférieure une élévation dure de la taille d'un grain de chènevis, devenue croûteuse au bout d'environ six mois.

Actuellement, toute la partie droite de la lèvre inférieure est le siège d'une lésion qui empiète sur la ligne médiane d'environ 2 centimètres, respecte la commissure, occupe toute la semi-muqueuse, sauf son bord inférieur et sa partie moyenne déborde la zone de Klein d'environ 1 centimètre en formant sur la muqueuse une surface érosive. La partie principale de la lésion occupe la zone de Klein et est recouverte de croûtes adhérentes, résistantes, noirâtres. La partie droite incriminée, siège d'une croûte plus épaisse, présente une dureté marquée. L'induration de l'épaisseur d'un petit pois, s'enfonce dans les plans sous-jacents.

Au-dessous de la croûte, surface irrégulière et tomenteuse. En certains points, derrière la zone croûteuse, petites dépressions.

La pression fait sourdre un peu de liquide et tout le pourtour paraît légèrement livide.

Toute la bouche est tapissée d'une abondante leucoplasie à prédominances commissurales et rétro-labiale.

Etat de pyorrhée, alvéoles dentaires avec gencives tomateuses.

Cephalès dans la jeunesse : 18-20 ans.

Marié, femme bien portante, 10 enfants dont 7 vivants et bien portants, 1 mort de diarrhée à 8 ans, les deux autres morts de méningite, tous les deux à 11 mois.

Auscultation : respiration rude, sonore, râles ronflants : bronchite chronique et emphysème.

Hernie épigastrique.

Réflexes pupillaires et tond normaux.

Le Wassermann est négatif.

La biopsie de la partie incriminée, dure, du côté droit de la lésion, nous a donné le résultat suivant :

Epithélioma spino-cellulaire avec nombreux bourgeons pénétrant dans le derme et nombreux globes cornés typiques. Le revêtement épidermique présente une couche cornée très nette, avec de place en place, pénétration dans la profondeur de boyaux kératinisés nettement limités, correspondant aux canalicules de glandules salivaires aberrantes qu'on retrouve dans la profondeur abondante et hyperplasiées.

Le reste du derme présente une notable papillomatose et est le siège d'une infiltration abondante, principalement lymphocytaire avec quelques polyucléaires.

CHAPITRE II

Etude de l'Affection

La cheïlite glandulaire est une affection rare de la lèvre inférieure, caractérisée par une hypertrophie des glandules labiales accessoires de la lèvre et localisée sur une zone où ces glandules sont habituellement absents (zone de Klein) ; cette affection peut être compliquée d'infection et d'autres fois de cancérisation.

Nous empruntons la description de cette affection à l'article de notre Maître TOURAINE, dans la *Presse Médicale* du 2 février 1934 (N° 10, page 191).

Conditions étiologiques. — Elles sont encore assez imprécises, la race ne semble ne jouer aucun rôle, les deux sexes sont indifféremment atteints. L'âge a plus d'intérêt. Les adultes sont particulièrement touchés, la majorité des cas décrits sont en effet entre vingt et quarante ans. Des cas exceptionnels ont été considérés comme congénitaux (Hecht). SUTTON a noté, en effet, un seul cas à seize ans ; on en connaît six entre vingt et un ans, un de quarante et un de cinquante ans, un de cinquante-et-un ans, un de soixante ans, un de soixante-dix ans et un de soixante-quinze ans.

Le rôle des maladies générales a été discuté. Trois des cinq malades initiaux de VOLKMANN et des malades

de UNNA étaient syphilitiques, plus un cas de BROCO. Cette affection ne peut être retrouvée dans les observations ultérieures. Chez les malades personnels du Docteur TOURAINE, la sérologie a toujours été négative, l'anamnèse et l'enquête clinique n'ont apporté que des résultats négatifs. Peut-être, peut-on penser avec VOLKMANN, BAELZ et UNNA que l'hyperplasie a pu être provoquée par le traitement mercuriel.

La tuberculose a été mise en cause dans deux cas : l'un de MAC LEOD, l'autre de FOX, mais ces auteurs ne sont pas allés jusqu'à penser qu'il pouvait y avoir là relation de cause à effet. Presque tous les sujets atteints de cheïlite sont au contraire signalés comme bien portants, robustes, sans antécédents, ni passé pathologique. On voit donc que les maladies générales semblent ne jouer aucun rôle dans cette affection.

SUTTON fait jouer un rôle de premier rang au catarrhe salivaire bucco-pharyngé : « Probablement, dit-il, la cause doit être attribuée à la prédisposition catarrhale de la muqueuse du pharynx et de la bouche qui précède l'affection dans la majorité des observations connues. Cette hypothèse est rendue plausible par le fait que l'affection est confinée presque exclusivement à la lèvre inférieure, qui est en contact plus direct et plus intime avec les sécrétions buccales, surtout si ces sécrétions sont augmentées. Le traitement anti-syphilitique est d'ailleurs un facteur important de l'augmentation de l'état catarrhal. »

Les auteurs s'orientent tous vers les affections locales. En effet, dans les 2/3 des observations, on relève de l'infection buccale (stomatite, gingivite, glossite érosive),

des lésions dentaires (caries, tartre, pyorrhée, alvéole-dentaire) ou buco-pharyngées (congestions, catarrhes, angines, etc...). Dans les deux cas du Docteur TOURAINE, la gingivite et la pyorrhée dominaient au niveau des incisives inférieures en regard de la cheïlite. Nombre de ces sujets sont de grands fumeurs (cas de BROCC).

Le malade de SOLGER était joueur de trompette, il a vu la cheïlite se développer là où la lèvre inférieure appuyait sur l'instrument. Il n'en est pas moins vrai que dans un tiers des cas, l'état de la bouche et des dents est normal. Aucune cause locale ne peut être envisagée, il faut donc là incriminer purement et simplement l'hétérotopie des glandules qui sont des volumes bien au-dessus de la normale et ceci nous amène au problème de la pathogénie des adénomes qui est bien mystérieux.

Fox a noté un eczéma concomitant de la face, PUENTE insiste sur la fréquence et la précocité de l'état sénile de la peau du visage avec teinte jaunâtre, rides précoces, kératose.

DESCRIPTION CLINIQUE

(Nous l'empruntons textuellement au Docteur TOURAINE).

La cheïlite glandulaire se présente sous deux aspects cliniques assez différents :

« Tantôt elle est silencieuse et ne se traduit que par des altérations légères de la surface de la lèvre assez réduite pour n'être souvent reconnues que par un examen méthodique et attentif. C'est la cheïlite simple ou pure décrite pour la première fois par PUENTE et ACEVEDO.

« Tantôt elle devient inflammatoire avec poussées subaiguës, et aboutit à une suppuration de surface et même à l'abcédation des glandes hyperplasiées. La gêne fonctionnelle, quelques douleurs attirent l'attention du malade, c'est la cheïlite glandulaire apostémateuse, selon l'expression de WOLCKMANN ou maladie de BAEZ de certains auteurs allemands. Aux cas initiaux de UNNA qui ont servi de types à la description, on doit joindre ceux de MAC LÉOD, SCHOMBERG, SOLGER, ROSEMBERG, PUENTE, COVISA, BEJARANO, et GAY PRIETO, TOURAINE et SOLENTE. »

On s'accorde à voir dans la forme apostémateuse (pour laquelle le qualificatif plus usité de « suppurée » conviendrait aussi bien) une complication de la forme simple dont elle ne représenterait qu'un stade inflammatoire, par infection microbienne secondaire.

Ces deux types cliniques sont, d'après les observations utilisables, de fréquence un peu inégales. On compte 23 cas de cheïlite simple contre 18 de cheïlite suppurée.

En réalité la cheïlite simple doit être beaucoup plus fréquente que la seconde mais, par sa torpidité, elle échappe souvent à l'examen et passe inaperçue.

1° CHEILITE SIMPLE. — Le siège de la cheïlite est d'une grande fixité. La maladie débute toujours sur le *tiers moyen de la lèvre inférieure*. Plus tard, elle s'étend le long de la lèvre inférieure en respectant presque toujours les commissures.

En largeur, la cheïlite reste confinée à la « vermillon part » ou zone de transition de Klein ou zone cutanée de ROBIN et CADIAT, c'est-à-dire sur le secteur rouge de la lèvre inférieure, qui reste visible lorsque la bouche est fermée. La cheïlite ne déborde ni sur la zone cutanée blanche de la lèvre inférieure, ni sur la surface d'accolement de cette lèvre avec la supérieure.

Elle se dispose donc en une bande étroite et allongée, le long du bord libre de la lèvre inférieure, sur une longueur de deux à quatre ou cinq centimètres et une largeur de cinq à dix millimètres.

Le début est presque toujours insidieux : l'indolence est complète, la gêne fonctionnelle nulle. Cependant, d'après PUENTE, certains sujets avaient « toujours eu les lèvres délicates, se gerçant, s'ulcérant facilement ».

A la *période d'état*, la lèvre inférieure n'est que peu ou pas déformée, ni augmentée de volume ni projetée en avant.

En examinant la lèvre de près, on distingue sur la zone de Klein, de petites taches rouge vif ou violacé, de dimension d'une petite à une grosse tête d'épingle. On en compte 2 à 5 vers le milieu de la lèvre ; dans les

formes discrètes, de 12 à 20, irrégulièrement réparties, souvent en amas, ou en bandes le long de la lèvre, dans les formes étendues. Ces taches sont formées par une *dépression infundibuliforme*, qui est centrée, elle-même, par le minuscule *orifice* d'un canal excréteur d'une glandule salivaire.

Dans les formes légères ou récentes, ces taches ne font aucun relief et gardent la souplesse d'une muqueuse normale, elles sont congestives et de ce fait peuvent paraître varier d'un jour à l'autre en nombre et en étendue.

Plus tard, il est fréquent de voir ces taches faire une légère saillie sur la muqueuse. Dans ce cas, il est habituel que celles-ci prennent à la périphérie de l'élevure une coloration opaline ou blanchâtre d'aspect leucoplasique, la muqueuse est moins souple à ce niveau sans que l'on puisse parler d'induration ; à ce stade, un élément de cheïlite est constitué sur une petite élevure arrondie de 2 à 6 ou 8 millimètres de diamètre dont la partie externe, de limite assez nette, est blanchâtre tandis que le centre est presque rouge et creusé d'une dépression cratériforme. Parfois on peut percevoir par palpations dans le corps de la lèvre, une sensation de granité plus marquée que normalement et même de petites nodules fermes en grains de plomb qui répondent à des glandes hyperplasiées devenues adénomateuses. Si l'on comprime la lèvre dans son épaisseur entre les doigts, en pratiquant une sorte de massage, on fait sourdre par l'orifice d'une ou plusieurs des dépressions cratériformes une gouttelette de liquide muqueux un peu filant clair comme de l'eau en même temps que sou-

vent la surface de la lèvre devient tomenteuse par hernie des glandules sous jacentes. Ce signe de la « *rosée par expression* » (TOURAINÉ) est très caractéristique. On peut assez souvent le reproduire deux ou trois fois par massages successifs, mais il faut ensuite attendre plusieurs heures pour le rechercher de nouveau avec succès. Enfin, il est possible de cathétériser les plus longs parmi les orifices des dépressions centrales avec un fin cathéter, telle qu'une petite sonde, une soie, etc... et de pénétrer sur près d'un demi millimètre dans le canal excréteur de ces glandes hyperplasiées.

Dans cette forme simple de la cheïlite, les symptômes fonctionnels sont nuls ; l'indolence est absolue à la palpation, il n'existe pas de salivation anormale.

L'évolution est essentiellement chronique, la cheïlite est d'une grande fixité, certains éléments tendent parfois à s'élargir de manière très lente et insensible.

La plupart persistent sans changement d'une façon quasi indéfinie.

Chez certains malades, cette lente évolution est coupée par les *poussées congestives* au cours desquelles l'indolence devient moins absolue et peut être remplacée par une sensation de tension d'agacement et de légère douleur, surtout à la pression.

Le plus souvent, ces poussées se calment spontanément. Elles sont parfois l'indice du passage de la cheïlite simple à sa forme suppurée.

Cependant, le *pronostic* de cette cheïlite doit rester réservé, la transformation cancéreuse sur laquelle nous reviendrons dans un chapitre spécial n'est pas rare, *il*

semble même que les formes simples, anciennes et localiformes exposent plus souvent à cette grave complication que les formes suppurées. »

2° CHEILITE APOSTÉMATEUSE OU SUPPURÉE. —

Son siège est le même que celui de la cheilite simple, c'est-à-dire la zone de Klein de la lèvre inférieure. Elle a cependant parfois une tendance à gagner les commissures et même la lèvre supérieure (cas de WOLCKMANN et de UNNA). Chez une jeune malade de UNNA, l'hyperplasie glandulaire ayant gagné la tace interne des joues en bandes horizontales symétriques.

Le début est assez insidieux. Le malade précise mal le moment où des fissures, des croûtelles sont apparues sur la lèvre. Précédant la sensation de tension ou les très légères douleurs qui accompagnent généralement cette forme de la maladie. Dans la première observation du Docteur TOURAINE, la suppuration est survenue environ six mois après l'apparition de la cheilite simple.

Il en est de même pour le second.

A la période d'état, la lèvre inférieure gonfle progressivement, se projette en avant, devient dure et immobile, donnant au visage « une expression grossière et assez désagréable » (WOLCKMANN).

Sur la zone de Klein, des croûtes épaisses, irrégulières, humides, noirâtres et malodorantes recouvrent le tiers moyen de la lèvre dans les formes atténuées, toute sa longueur dans les formes étendues, elles sont adhérentes et se laissent difficilement détacher au grattoir, leur extraction est douloureuse et provoque de petites hémorragies en nappes difficiles à tarir. Il est préférable de

recourir à la pulvérisation, à des applications de pommade antiseptique, à des pansements humides qui, en quelques jours, obtiendront sans douleurs la détersion de la muqueuse en même temps qu'une diminution du volume de la lèvre. Lorsque celle-ci est nettoyée, on voit que la muqueuse est par place fissurée, érodée ou ulcérée, toujours d'un rouge vif ou violacé.

Sur ce fond, on retrouve en nombre variable ou en disposition irrégulière de 10 à 20 *petites élevures* arrondies en légers reliefs dont la périphérie a un aspect blanchâtre, leucoplasique et dont le centre, resté rouge, est creusé d'une dépression cupuliforme au fond de laquelle on voit souvent l'orifice dilaté du canal excréteur que l'on peut parfois cathétériser.

Cette dépression est habituellement remplie d'un liquide louche ou puriforme. Après détersion, on peut, par compression de la lèvre dans son épaisseur, faire sourdre de l'orifice central, une gouttelette de liquide trouble dans lequel abondent des polynucléaires ; l'examen bactériologique de ce liquide ne montre que des pyogènes banaux. Son inoculation à la cornée du lapin est restée sans résultat (PUENTE).

La palpation est quelque peu douloureuse ; elle permet de percevoir une très légère infiltration de la muqueuse au niveau des élevures leucoplaciformes et, dans l'épaisseur de la lèvre, de fines granulations et souvent de petits grains de plomb bien arrondis, peu mobiles.

Il n'existe aucune adénopathie dans les régions carotidiennes, sous-maxillaires, ni sous-mentale.

Dans les formes intenses il n'est pas exceptionnel de voir l'inflammation gagner la zone cutanée de la lèvre

inférieure, qui devient gonflée et rouge, et même le menton. On trouve habituellement un certain degré de stomatite et de gingivite.

L'abcédation a été vue trois fois par WOLCKMANN aux dépens de glandes plus profondes dans l'épaisseur de la lèvre, l'allure clinique a été celle d'un furoncle mais, après ouverture, une fistule a évacué du pus pendant des semaines et des mois. Dans un cas il existait 12 à 15 de ces trajets.

Les symptômes fonctionnels sont assez accusés. La tension, les légères douleurs, l'immobilité de la lèvre gênent la succion, la mastication, troublent l'émission des consonnes labiales, mais l'état général reste bon ; il n'y a ni fièvre ni malaises.

Livrée à elle-même, *l'évolution* de la cheïlite suppurée est très longue. Elle ne marque aucune tendance à la guérison mais seulement des périodes de rémission ou d'aggravation.

Comme pour la forme simple, la cheïlite suppurée voit son *pronostic* assombri par la possibilité d'une transformation cancéreuse. »

CHAPITRE III

Le cancer sur cheïlite. — L'assez grande fréquence de cette importante complication donne un grand intérêt à la cheïlite glandulaire.

Le premier cas indiscutable de cancer sur cheïlite a été publié par PUENTE en 1927. Mais la conception de la cheïlite comme *état pré-cancéreux* est surtout due à BEJARANO, qui y est revenu à plusieurs reprises (1929-1933) et à COVISA, BEJARANO et GAY PRIETO (Congrès de Copenhague 1930).

Voici ce qu'ils disent, d'après les comptes rendus du Congrès : « Parmi nos cas d'épithélioma de la lèvre
« inférieure, nous avons été surpris de la fréquence
« avec laquelle ces néo-formations co-existaient avec la
« cheïlite glandulaire simple. L'observation sur quel-
« ques sujets extrêmement jeunes, 32 ans dans un cas,
« nous a conduits à nous poser cette question ; cette
« maladie serait-elle une véritable affection précancé-
« reuse de la lèvre inférieure ? Le manque de place ne
« nous permet pas de verser aux débats nos observations
« en détail, nous dirons seulement que dans notre pra-
« tique habituelle, nous avons observé jusqu'à présent
« tous les degrés de dégénérescence maligne d'une lèvre
« avec cheïlite depuis le simple aspect leucoplasique
« jusqu'à l'épithélioma végétant bien constitué. Nous

« avons recherché dans nos cas à établir le point de
« départ histologique de l'affection épithéliale, nous
« avons pu seulement constater que les glandes sali-
« vaires étaient hétérotopiques et n'étaient pas le point
« de départ des épithéliomas qui, eux, partaient toujours
« de l'épithélium de la semi-muqueuse.

« Dans un cas nous avons vu le conduit excréteur
« d'une de ces glandes inclus dans un bourgeon épithé-
« liomateux (à rapprocher du premier cas du Docteur
« TOURAINE) et avec les cellules épithéliales du revête-
« ment confondues avec les cellules de la tumeur. Nous
« croyons que c'est précisément sur les orifices termi-
« naux de ces conduits excréteurs où se trouvent plus
« fréquemment le point de départ des proliférations
« épithéliomateuse. Dans les cas des épithéliomas de la
« lèvre inférieure, cheïlite glandulaire simple. »

« Il est assez malaisé d'apprécier la *fréquence* exacte
de cette évolution. Nombre de malades atteints de cheï-
lite n'ont pas été suivis assez longtemps pour savoir s'ils
ont ou non, par la suite, présenté un cancer de la lèvre.
Certaines observations sont de conclusion difficile : Dans
le cas CORVISA, il existait une prolifération considérable
de l'épithélium, en véritable acanthome, sans que les
coupes aient permis d'afformer un évolution maligne.
Celle-ci est au contraire avérée dans une observation de
PUENTE et ACEVERO, dans un de JAMIESON, dans trois de
BEJARANO, dans deux de TOURAINE et SOLENTE, c'est-à-dire
dans sept cas de cheïlite sur 42 au total, environ 17 pour
cent.

« Si l'on ne réunit que les observations des auteurs
de langue espagnole dont l'attention a été particulière-

ment attirée sur l'épithélioma de la cheïlite, on trouve quatre cas de cancer sur dix-huit de cheïlite nette (un sur neuf pour PUENTE, trois sur huit pour BEJARANO). C'est là une proportion de 22 pour cent. De ces cinq cas indiscutables d'épithélioma, quatre se sont développés sur une cheïlite simple (PUENTE, BEJARANO), un sur une cheïlite suppurée (TOURAINÉ et SOLENTE).

« *Le délai d'apparition du cancer, après le début de la cheïlite, est très difficile à prévoir étant donné la torpidité de la cheïlite simple, si souvent inaperçue du malade. Dans notre observation personnelle, où le microscope a permis de dépister un épithélioma spino-cellulaire au début, la cheïlite suppurée ne datait que d'environ six mois.* » (TOURAINÉ et SOLENTE).

L'âge de ces malades paraît assez indifférent, le cancer s'est observé de 32 à 62 ans (ce qui montre bien le facteur primordial qu'est la cheïlite). Le début paraît se faire dans la dépression.

Enfin, il semble avéré dès maintenant que l'épithélioma le plus fréquent est le spino-cellulaire. Sur sept observations indiscutables, cinq sont spino-cellulaires, deux baso-cellulaires.

Nous rappelons en terminant ce chapitre qu'il est de la plus haute importance de remarquer que dans les observations communiquées à ce sujet la cancérisation semblait avoir son point de départ soit à la plaque leucoplasiforme, soit encore les canalicules excréteurs.

CHAPITRE IV

Anatomie Pathologique

Le premier qui l'a étudiée est SUTTON en 1909. Nous avons cité une observation de lui dans la première partie de ce travail. Ensuite PUENTE, ACEVEDO, COVISA, BEJARANO, GAY PRIETO, SOLENTE et TOURAINE ont successivement complété cette étude.

1. — *CHEILITE SIMPLE*

La cheilite simple est essentiellement caractérisée par l'hypertrophie des glandes salivaires éthérotopiques, l'élargissement de leur canal excréteur et de l'orifice de ce dernier.

On sait que normalement il n'existe pas de glandes salivaires dans la zone de Klein, mais seulement de rares glandes sébacées aberrantes. Il faut donc admettre un développement hétérotopique de glandes salivaires dans cette région. SUTTON est d'ailleurs prêt à envisager une origine congénitale à la maladie. Pour lui, la cheilite ne serait que le résultat particulier à la lèvre d'un développement anormal excessif des glandes muqueuses, dans toute la bouche, le pharynx et même le nez.

Ces glandes, de type acino-tubuleux sont des glandes salivaires mixtes muqueuses et séreuses, elles sont en forte hyperplasie et leurs cavités largement dilatées. Les cellules sont en prédominance de types muqueux, en grande activité de sécrétion. La paroi des acinis est très accusée ; à son contact direct, il existe une certaine condensation du tissu conjonctif avec augmentation en nombre et en épaisseur des fibres élastiques (SUTTON).

PUENTE et ACEVEDO ont noté une légère réaction inflammatoire du tissu conjonctif peri-acineux. COVISA, BEJARANO et PRIETO n'ont constaté à ce niveau qu'une certaine et inconstante condensation squameuse.

Les canaux excréteurs de ces glandes hérotopiques sont très dilatés sur toute leur longueur. Leur calibre est souvent irrégulier. Ils sont tapissés par un épithélium pavimenteux stratifié dont l'épaisseur atteint presque celle de l'épithélium de la surface de la lèvre.

La muqueuse labiale voisine est habituellement hyperplasiée, si microscopiquement elle a un aspect de leucoplasie, elle en a aussi la structure. La couche de Malpighi est exagérée avec quelques figures de dyskeratose. On note un grand développement des bourgeons interpapillaires et souvent une légère surcharge plasmo-lymphocytique du chorion.

2. — CHEILITE SUPPURÉE

La cheilite suppurée a les mêmes caractéristiques que la précédente, hyperplasie et hyperactivité des glandes salivaires mixtes avec hétérotopie, élargissement des canaux excréteurs dont l'épithélium pavimenteux stratifié

est très développé ; épaissement et bourgeonnement de l'épithélium de surface. Les lésions spéciales à cette forme consistent dans l'exagération en véritable acanthome des papilles dermiques et des bourgeons interpapillaires, dans une infiltration plasmo-lymphocitique plus dense autour des glandes et sous l'épiderme mais dont l'assez faible intensité surprend en regard de l'activité des lésions cliniques.

3. — *EPITHELIOMA SUR CHEILITE*

L'épithélioma paraît se développer au niveau du canal excréteur. Dans la première observation du Docteur TOURAINE, la muqueuse périphérique présentait les altérations habituelles de la leucoplasie de types hyperplasiques avec fortes papillomatoses et infiltration plasmo-lymphocitique de chorion. L'Acantose s'exagérait à mesure que l'on approchait du canal excréteur et assez brusquement au niveau du collet de ce canal apparaissait un minuscule épithélioma spino-cellulaire à nombreux globes cornés » (TOURAINE et SOLENTE).

Ce noyau cancéreux enserrait l'infundibulum en un anneau régulier et de limite externe assez nette. Le second cas du Docteur TOURAINE, quoique concernant un cancer de type spino-cellulaire, montrait moins nettement le point de départ mais le cas de COVISA que nous avons aussi cité est absolument analogue. Enfin répétons encore que sur sept observations indiscutables d'épithélioma sur cheilite, cinq concernaient des spino-cellulaires et deux seulement des baso-cellulaires.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic est très aisé pour qui a présent à l'esprit les signes si caractéristiques de la cheilite glandulaire : petites taches rouges non saillantes au début, plus tard légères élevures arrondies d'aspect leucoplasique toujours centré d'une dépression cupuliforme au fond de laquelle se distingue l'ostium du canal excréteur de la glande salivaire, émission d'une gouttelette de salive par cette ostium par compression de la lèvre « signe de la rosée » par expression (TOURAINÉ), torpidité, évolution quasi indéfinie et dans la forme apostémateuse, suppuration chronique dont les croûtes masquent les signes précédents.

On doit cependant éliminer les principales causes d'erreurs suivantes :

1° POUR LA CHEILITE SIMPLE :

La *perlèche* siège aux commissures ; l'*eczéma aiguë* ou *subaiguë* s'étend habituellement à la face, nous y reviendrons pour la cheilite suppurée au sujet de laquelle ce diagnostic est très important, puisqu'il a été la cause

d'une erreur dans deux cas (JAMIESON) ; *les kystes muqueux* de rétention uniques ou en très petit nombre, siègent sur la face buccale de la lèvre ; *les adénomes* s'enchassent en petites nodosités dans l'épaisseur de la lèvre et peuvent d'ailleurs s'associer à la cheilite. *La maladie de Fordyce* décrite en 1896 dans le journal « *Custanéous and génito-utinary dideases* », c'est l'altération ponctuée de la lèvre ou de la muqueuse labio buccale « AUDRY » elle intéresse la même région de la lèvre inférieure mais s'étend à la lèvre supérieure et souvent à la face interne des joues (DELBANCO), elle consiste en petites taches blanc-jaunâtre centrées par une dépression et qui se développent aux dépens des glandes sébacées, elle ne s'accompagne jamais de troubles inflammatoires, ne donne pas au toucher la sensation de grains de plomb dans la lèvre, son pronostic est toujours bénin.

Le lupus vulgaire ne touche que secondairement la lèvre inférieure par envahissement d'un lupus du visage. *Le lupus érythémateux* affecte habituellement la face postérieure de la lèvre ; « il forme une nappe rouge festonnée ou frangée se propageant à partir d'une plaque du lupus ou du bord libre de la lèvre » (DARIÉ). Il est irrégulier et asymétrique, ne présente pas de dépression cupuliforme. Quoique très lente, son évolution est plus rapide que celle de la cheilite. *L'eczéma chronique* peut se limiter soit à la zone de Klein soit au bord cutané de la lèvre inférieure.

Sa durée est fort longue mais sujette à des poussées souvent saisonnières, à des récidives. Il détermine une fine desquamation des fissures habituellement douloureuses et fort gênantes.

La leucoplasie banale de la lèvre inférieure s'associe presque toujours à une leucoplasie de la langue, de la face interne des joues, ses placards sont irréguliers ou en réseaux non arrondis ni centrés par une dépression érythémateuse.

La cheilite chronique Hyperkératosite ponctuée, dont GOUGEROT a décrit un cas (Société de Dermatologie, 16 janvier 1930) siégeait sur la demi-muqueuse de la lèvre supérieure, elle était constituée par des papilles arrondies avec petits grains blanchâtres non saillants et se caractérisant par de l'hyperkératose de la spongieuse et une infiltration au pourtour des glandes sébacées.

2° POUR LA CHEILITE SUPPURÉE, les cheilites aiguës passagères, *l'eczéma aiguë* qui fut la cause de l'erreur de JAMIESON à deux reprises ; nous citerons à ce sujet les observations auxquelles JAMIESON se rapporte lui-même dans son article (*Eczéma séborrhéique des lèvres*, W. DUBREUILH, *Journal de Médecine de Bordeaux*, 18-25 janvier 1891, pages 253 et 267). DUBREUILH rapporte deux cas d'eczéma séborrhéique du bord libre des lèvres : 1° une jeune fille de 17 ans présentant depuis trois mois de l'inflammation et de la tuméfaction des deux lèvres dont le bord libre est rouge, lisse et luisant. La partie cutanée est d'un rouge jaunâtre, couverte d'abondante squames petites et se détachant facilement et un peu grasses au toucher. Cette éruption est plus *accusée sur la lèvre supérieure* d'où elle s'étend dans les narines et dans le sillon naso-génien gauche. Entre

le bord rouge des lèvres et la peau, on voit des fissures radiées superficielles et n'intéressant que l'épiderme.

Plaques d'eczéma séborrhéique sur le front, le menton, le cou, séborrhée modérée du cuir chevelu. L'affection présente des alternatives d'amélioration et d'aggravation.

2° Un jeune homme de 18 ans ayant depuis longtemps de la séborrhée du cuir chevelu et atteint d'eczéma séborrhéique du front. Au-dessous de l'aile droite du nez, plaque arrondie, à contour bien délimité, à surface rouge jaunâtre très pâle, couverte d'une desquamation fine nacrée, grasse, plus abondante sur le bord et ressemblant au cercle squameux du front, fréquent dans les séborrhées intenses du cuir chevelu. Pourtour de l'orifice buccal occupé par une éruption qui atteint le bord libre, forme une zone de 1 à 2 centimètres sur la face cutanée des lèvres et se continue en haut avec les lésions du sillon naso-génien gauche et en bas avec celle du menton. Bord libre des lèvres un peu gonflé d'un rouge vif recouvert d'un épiderme mince, lisse, luisant et tendu en partie recouvert par de larges squames, d'épiderme desséché adhérent encore, mais se détachant par les bords séparés et découpés par bandes de 2 à 5 millimètres de large par des fissures superficielles à disposition radiée.

Aux commissures labiales, les fissures sont plus nombreuses s'irradient en éventail, deviennent plus profondes et forment de véritables ragades ; elles sont également plus multiples à la limite de la peau où elles se perdent rapidement, la desquamation devenant irrégulière et les squames plus minces. Sur la face externe et

cutanée des lèvres, les lésions reprennent l'aspect pythiasiques. Eczéma des sillons rétro-auriculaires, eczéma séborrhéiques des parties postérieures et latérales du cou ; intégrité du dos et de la région sternale. Lésions multiples et polymorphes d'eczéma des membres.

Ensuite DUBREUILH ajoute ceci :

« La nature de l'eczéma est affirmée dans ces deux cas par les lésions *séborrhéiques concomitantes*, cependant comme au bord libre des lèvres, il n'existe ni glandes sébacées ni glandes sudoripares, il faut admettre que dans l'eczéma séborrhéique il y a autre chose qu'une lésion fonctionnelle des glandes de la peau, l'eczéma séborrhéique des lèvres, décrit par REYER sous le nom de Pytiriasis, est une affection tenace et récidivante. »

La cato-cheïlite des moissonneurs, de O. MORETTI, de Rome, est une affection saisonnière du printemps, aiguë, passagère, s'accompagnant de phénomènes subjectifs au début, ensuite de douleurs aiguës entraînant l'immobilité de la lèvre. La lèvre devient cyanotique et œdématiée, la durée de l'affection est de trois à quatre semaines, au bout de laquelle le retour à la normale est la règle. On voit alors apparaître une cicatrice rose perlée, mais la récurrence est très fréquente, les antiseptiques ont une action favorable. *L'impétigo* avec ses bulles ou ses croûtes superficielles douloureuses.

L'herpès récidivant de la bouche, souvent tenace, a été signalé par FOURNIER, particulièrement chez les syphilitiques traités au mercure par voie buccale. Il peut s'infecter ou s'impétiginiser, ce sont donc là des points communs avec la cheïlite suppurée, mais les conditions étiologiques, la fréquence des poussées, son extension à

la face interne des lèvres et à la bouche, en rendent le diagnostic plus aisé ; nous citerons seulement pour mémoire le *chancre syphilitique* et les *plaques muqueuses*. La *cheilite exfoliative* de Brocher (eczéma ex-foliant des lèvres de BESNIER), à quelques rapports cliniques avec la cheilite apostémateuse ; elle est insidieuse, lente et affecte la zone de Klein. D'abord au milieu, puis le long de la lèvre inférieure, après une période de fine desquamation, des croûtes épaisses et noirâtres se forment, qui recouvrent une muqueuse fissurée errodée. Les symptômes fonctionnels sont assez atténués, gêne, tension, brûlures. La durée est presque indéfinie, on n'y trouve cependant pas les dépressions cupuliformes de la cheilite glandulaire, le signe de la rosée par expression de Tournaine est négatif.

CHAPITRE VI

Traitement

Les antiseptiques usuels échouent presque toujours. WOLCKMANN, BEALZ et UNNA ont obtenu de belles améliorations par des badigeonnages ou des pansements à l'iodure de potassium. Ce remède s'est montré très infidèle dans d'autres mains, la cheilite résiste à tous les topiques.

On peut bien obtenir une amélioration, mais elle est passagère et suivie de rechute.

PUENTE et ACEVEDO ont proposé le curetage ou l'électrocoagulation des glandes et de leur canal. *C'est la radiothérapie* qui a donné les meilleurs résultats à SUTTON et à BEJARANO, c'est ce traitement que conseille le Docteur TOURAINE. Si la cheilite est suppurée on commencera par déterger la muqueuse avec des pulvérisations et des pommades légèrement antiseptiques ; la transformation cancéreuse doit toujours être redoutée.

La transformation cancéreuse doit toujours être redoutée ; au moindre doute une biopsie sera pratiquée et, s'il y a lieu, on fera l'ablation immédiate.

Conclusions

La cheïlite glandulaire ou maladie de WOLKMANN-BAELZ est donc caractérisée par :

1° Au point de vue anatomo-pathologique :

Des petits *adénomes* développés aux dépens de glandules salivaires accessoires, en hétérotopie, dans la zone intermédiaire de Klein de la lèvre inférieure.

2° Au point de vue étiologique :

Une sécrétion salivaire, souvent exagérée ; une infection buccale antérieure est fréquemment notée dans les antécédents de ces malades.

3° Au point de vue clinique :

Dans sa forme simple : son début insidieux et lent ; son indolence ; sa localisation à la lèvre inférieure qui est épaissie ; les dépressions cupuliformes serties d'un halo leucoplasiforme qui répondent aux ostia des glandules hyperplasiées.

Le signe de la « rosée par expression », c'est-à-dire l'issue de salive par massage de ces glandes.

4° Au point de vue évolutif :

L'absence absolue de résolution spontanée.

La grande fréquence d'une surinfection qui en fait une affection suppurée (stade de cheïlite apostémateuse ou mieux, suppurée).

5° Au point de vue pronostic :

La fréquence de la dégénérescence maligne (17 %), sans doute encore plus grande si tous les cas publiés avaient été suivis suffisamment longtemps.

Peut-être serait-elle plus grande aussi si l'on pouvait remonter à l'origine de tous les cancers de la lèvre inférieure, sans doute certains d'entre eux auraient-ils pris naissance sur une cheïlite ancienne.

La fréquence de l'épithélioma spino-cellulaire (cinq fois sur sept).

6° Au point de vue traitement :

La nécessité d'un traitement par radiothérapie ou radiumthérapie, après détersion préalable en cas d'infection.

Vu, le Doyen :

BALTHAZARD.

Vu, le Président :

GOUGÉROT.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.



Cas du D^r BROCO

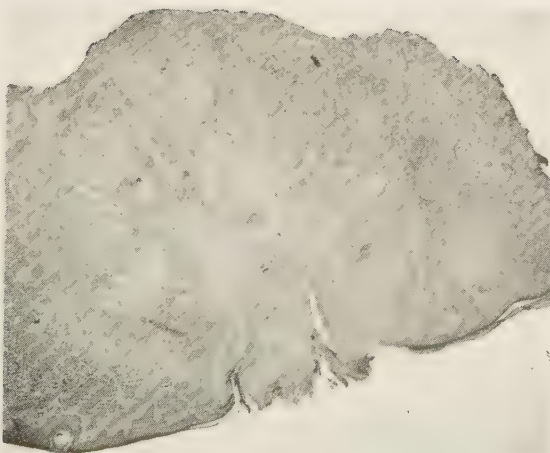
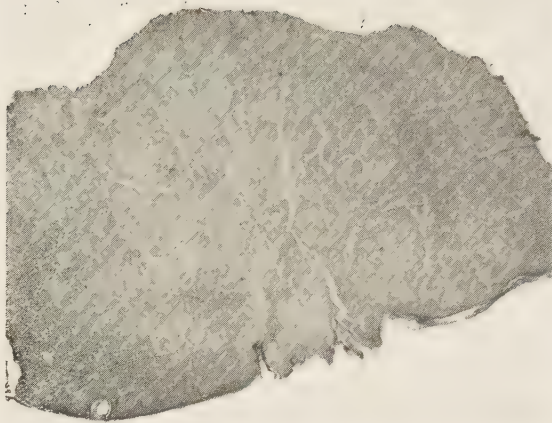


1^{er} Cas du D^r TOURAINE



2^e Cas du D^r TOURAINE

(Ces photos nous ont été prêtées par le Musée de photographies
de l'Hôpital St-Louis.)



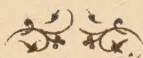
Microphotographies des coupes
de la biopsie du 1^{er} Cas du D^r TOURAINE.

Bibliographie

- 1870 R. WOLCKMANN. — *Werchow's Arch f. pathologie*,
Suat, 16 avril, p. 142. *Journal of cut*, Dix IV,
1871, p. 325.
- 1890 L. UNNA (Boelz). — *Monats hefta f. prak Dermat*,
1890, XI, p. 317.
- 1893 H. PURDON. — *The Bristish Journ. of dermatology*,
5 janvier 1893, page 23.
- 1895 GALLOWAY. — *Dermat soc. of Londres mars 1895*.
The Bristish Journal of Dermatology, 1895,
page 113.
- 1895 JAMIESON. — *The Bristish medical Journal*, 7 dé-
cembre.
- 1896 FORDYCE. — *The Journal of cutaneous disease*,
1896, page 418.
- 1907 J. MACLEOD. — *Royal Soc. of. Med. Londres*, 1907,
The Bristish Journ. of Dermatology, XIX,
1907, p. 388, *Diseases of the Klein*, p. 1081,
Londres 1920.
- 1907 BROCC. — *Traité clinique de dermatologie prati-
que*, II, page 307 (note).
- 1909 R. SUTTON. — *The Journal of cut ; Dis XXVII*,
avril 1909, n° 4, page 150. *Diseases of the*

- Stein*, 3^e édit., p. 1037, Kayston, Londres 1919.
- 1909 FOX. — *New-York Acad of Medecine*, 5 janv. 1909.
The Journal of cut, Dis XXVI 1909, p. 229.
- 1911 BROCCQ.— Photographie conservée chez M. Schlatter
à Saint-Louis.
- 1911 SCHOMBERG. — *The Journal of cut. déseases*, p. 449.
- 1915 SOLGER. — *Dermat Zentralbel*, XVIII, 1915, p. 38.
- 1922 MICHULIEZ et KUMMEL. — *Crakhr d. Mundes*, 1922,
page 217.
- 1922 ROSEMBERG. — Soc. Dermatologie Philadelphie,
archive of Dermatologie and syphiligraphie.
- 1923 STELLWAGEN. — *Dermatologie*, 1923.
- 1924 PUENTE. — Société dermatologique argentina.
- 1927 PUENTE et ACEVEDO. — *Revista médica latino amé-
ricana*, XII n° 137, février 1927.
- 1928-29 SAINZ et AJA. — Acad espagnole Dermatologie,
17 avril 1929. *Actas dermosiphiligraficas*,
XXI, 1928-29, p. 505.
- 1928-29 COVISA et BEJARANO. — Bejarano. Acad. Esp.
dermat, 17 avril 1929, actas dermo siphili-
graficas, XXI, 1928-29, p. 245, XXV, n° ,
p. 505, février 1933, p. 339.
- 1930 ZINNSSER. — Handb. f. Haut v. gescplechts de
Iadassohn, XIV, T. XIV, fasc. 1, p. 91, Spin-
ger, Berlin.
- 1930 COVISA, BEJARANO et GAY PRIETO. — C. R. du con-
grès de Copenhague 5-9 août 1930, Copen-
hague 1931, p. 819.

- 1933 S. CASCOS. — *Actos dermo sifiligraphicas*, XXV,
n° 5, février 1933, p. 339.
- 1933 CLÉMENT-SIMONS. — Oc. Fr. Derm. Syphil. 12 jan-
vier 1933, son *Bulletin*.
- 1933 TOURAINE et SOLENTE. — Sté Française Dermat.
Syphil., 12 janvier 1933, son *Bulletin* 1933,
n° 1, p. 89.
- 1934 TOURAINE et SOLENTE. — Soc. Franç. Dermatol.
Syphiligraphie, 8 février 1934.
-



Imprimerie « **LES PRESSES MODERNES** », 96, Galerie Beaujolois, **PARIS**
Ateliers à Reims (Marne)

